

### Namen

- Zagotoviti bolniku z diagnozo drobnocelični pljučni rak in njegovim svojcem celostno telesno, socialno, psihološko in duhovno podporo.
- Zagotoviti integriran pristop vseh predvidenih izvajalcev paliativne oskrbe skozi celoten potek bolezni.

### Izvajalci

V obravnavo bolnika z drobnoceličnim pljučnim rakom so vključeni izbrani zdravnik, ki je tudi koordinator bolnikove obravnave, patronažna medicinska sestra, Hospic ter ostali neformalni izvajalci paliativne oskrbe (pomoč na domu) in paliativni tim na sekundarni ravni (zdravnik specialist, medicinska sestra, psiholog, dietetik, fizioterapevt, socialni delavec).

### Cilj

**Temeljni cilj je izvajanje organizirane paliativne oskrbe in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja ter življenja njegovih svojcev v času bolezni, pri bolnikovih svojcih pa tudi v času žalovanja.**

Da bi to dosegli, so cilji naše obravnave naslednji:

- obravnavati bolnika in njegove svojce kot enakovredne partnerje, ki lahko soodločajo o načinu in poteku zdravljenja;
- informirati bolnika in njegove svojce o naravi in verjetnem poteku bolezni ter načinih in posledicah zdravljenja. Informiranje naj bo prilagojeno bolnikovim željam in zmožnostim soočanja z boleznijo;
- informirati in poučiti bolnika ter njegove svojce, kako prepoznavati spremljajoče znake bolezni, zdravljenja in ostale težave ter kakšne so optimalne možnosti obvladovanja teh težav;
- omogočiti bolniku zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav;
- omogočiti bolniku bivanje in umiranje v domačem okolju.

### Osnove klinične poti

- Identifikacija bolnika, ki ga vključimo v paliativno oskrbo

Po končani diagnostični obravnavi in postavitvi diagnoze bolnika in njegove svojce seznanimo z naravo bolezni, možnostmi zdravljenja in lajšanja težav skozi celoten potek bolezni. Z vključitvijo bolnika in svojcev v sistematično obravnavo jim omogočimo boljše poznavanje bolezni, zdravljenja in spremljajočih znakov. S tem doprinesemo k lažjemu in bolj kakovostnemu obvladovanju bolezni in spremljajočih znakov. Bolnike in njihove svojce seznanimo tudi z oblikami pomoči, ki jih lahko bolniku in svojcem nudimo v bolnišnici in po odpustu domov.

- Začetna interdisciplinarna ocena potreb bolnika z drobnoceličnim pljučnim rakom

Bolnika, ki se je odločil za ta način obravnave, predstavimo interdisciplinarnemu timu, ki v sodelovanju z bolnikom in njegovimi bližnjimi načrtuje kratkoročne cilje.

➤ Nadaljnje sprotno ocenjevanje bolnikovih potreb in izvajanje potrebnih intervencij

Sprotno ocenjevanje je potrebno zaradi sprememb v razvoju bolezni in je prilagojeno potrebam bolnika in njegovih svojcev. Pogostost in način ocenjevanja ter intervencij sta odvisna od razvoja bolezni oziroma spremljajočih telesnih in psihosocialnih težav.

➤ Pomoč svojcem pred in po smrti

Svojce seznanimo z oblikami pomoči in jim nudimo podporo v času bolnikove bolezni in po njegovi smrti. Svojce seznanimo tudi z oblikami pomoči v domačem okolju.

### **Dokumentacija**

- Obrazec klinične poti obravnave bolnika z drobnoceličnim pljučnim rakom.
- Ocena samostojnosti bolnika in svojcev pri nadaljnjem obvladovanju bolezni
- Dokumentacija za oceno potreb s posameznega področja (zdravstveni karton, list bolnika, terapevtski list, negovalni list, dokumentacija socialne obravnave, ocena psihosocialnega funkcioniranja, ocena rehabilitacijskih potreb, ocena prehranskih potreb).
- Skupna ocena samostojnosti bolnika in svojcev pri nadaljnjem obvladovanju bolezni.
- Moja opažanja in vprašanja o bolezni in zdravljenju za bolnika in svojce

### **Opis klinične poti – sekundarna raven 1**

1. Bolnik je zaključil diagnostiko, ki je potrdila diagnozo drobnoceličnega pljučnega raka.
2. Lečeči zdravnik seznanil bolnika in njegove svojce (če to dovoli bolnik) z naravo njegove bolezni (drobnocelični pljučni rak) in možnimi načini zdravljenja. Zdravnik bolniku ne posreduje diagnoze maligne bolezni, kadar bolnik z diagnozo ne želi biti seznanjen. V takšnih primerih se zdravnik pogovori s svojci, vendar le v primeru, ko to dovoli bolnik.
3. Medicinska sestra seznanila bolnika in bolnikove svojce z vlogo paliativnega tima in z vrsto pomoči, ki jim jo člani paliativnega tima lahko nudijo.
4. Bolnik in/ali njegovi svojci lahko že v času prve hospitalizacije obiščejo informativna srečanja paliativnega tima, kjer se podrobneje seznanijo z vsebino, ki jih zanima. Dogovorijo se lahko za individualno srečanje s posameznimi člani paliativnega tima, ki nudijo bolniku in svojcem specifično strokovno pomoč. Koordinator informativnih sestankov posreduje bolniku in svojcem informacije o časovni dostopnosti posameznih članov paliativnega tima in obvesti člana paliativnega tima o potrebi bolnika po individualni obravnavi. Koordinator paliativnega tima vodi tudi evidenco o udeležencih.
5. Bolnik in/ali svojci se ne odločijo za aktivno sodelovanje in pomoč paliativnega tima.
6. Bolnik in/ali svojci se odločijo za aktivno sodelovanje in pomoč paliativnega tima (bolnika se obravnava po klinični poti).

- 6.1 Paliativni tim izdelava v skladu z bolnikovimi potrebami individualni načrt obravnave, s katerim koordinator paliativne oskrbe seznanja bolnika in/ali svojce.
- 6.2 Paliativni tim ob odpustu bolnika izdelava *Oceno samostojnosti bolnika in svojcev pri nadaljnjem obvladovanju bolezni in z njo tudi seznanja bolnika*. Ocena je v bolnikovi dokumentaciji posredovana izbranemu zdravniku in glede na potrebe bolnika tudi patronažni službi.
- 6.3 Lečeči zdravnik o odpustu bolnika iz bolnišnice obvesti izbranega zdravnika 1 dan pred odpustom in koordinator paliativnega tima patronažno službo 2 dni pred odpustom tudi po telefonu. V primeru, ko je bolnik delno ali popolnoma odvisen od pomoči druge osebe, se s soglasjem bolnika obvesti tudi druge ustrezne službe, ki bodo bolniku in svojcem nudile pomoč in podporo na primarni ravni (socialna oskrba, neformalna pomoč na domu, Hospic).
7. Bolnik je odpuščen.

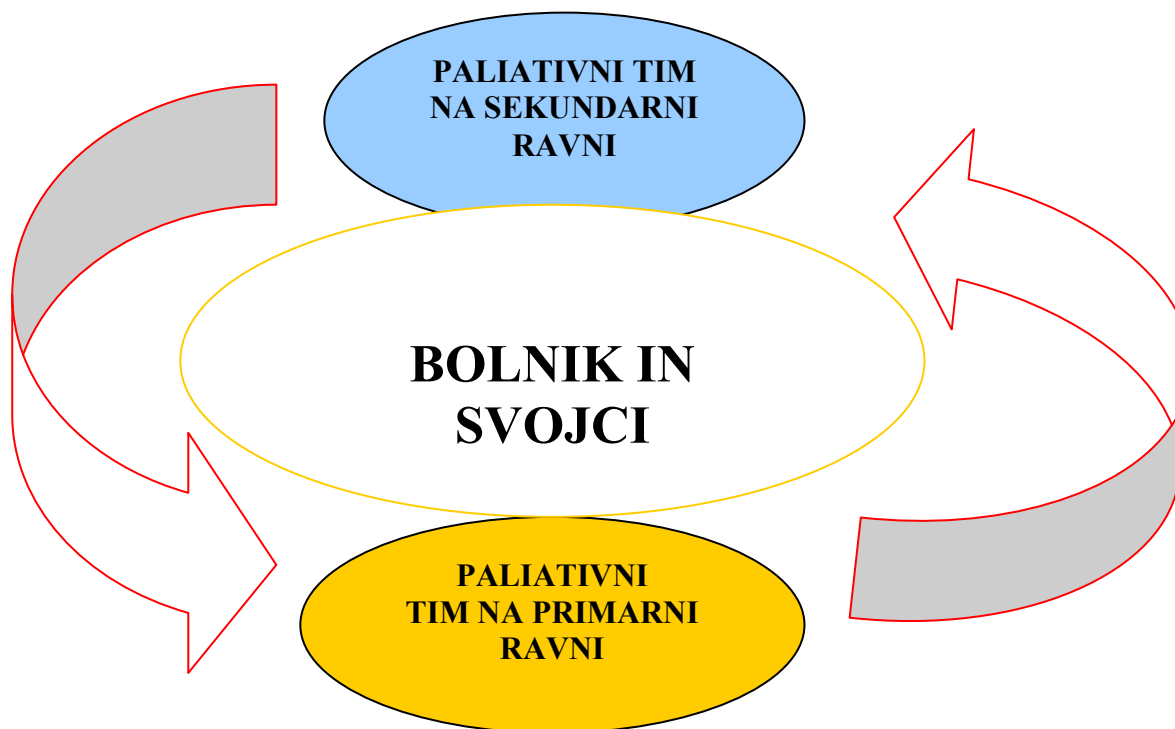
### Opis klinične poti – primarna raven

8. Paliativni tim na primarni ravni (izbrani zdravnik in patronažna služba oz. medicinska sestra v ambulantni) na podlagi *Ocene samostojnosti bolnika in svojcev pri nadaljnjem obvladovanju bolezni* skupaj z bolnikom in/ali svojci pripravi individualni načrt nadaljnje obravnave bolnika, ki vsebuje potrebne aktivnosti vseh izvajalcev. Koordinator paliativne oskrbe na primarni ravni (izbrani zdravnik) zagotovi, glede na bolnikove potrebe, tudi vključitev drugih izvajalcev v paliativni tim (socialna oskrba, neformalna pomoč na domu, Hospic).
9. Koordinator paliativne oskrbe na primarni ravni seznanja bolnika in svojce z individualnim načrtom obravnave in vrednoti realizacijo načrta na timskih sestankih z vključenimi izvajalci.
10. Ob ponovnem sprejemu bolnika v bolnišnico koordinator paliativne oskrbe na primarni ravni ponovno izdelava *Oceno samostojnosti bolnika in svojcev pri nadaljnjem obvladovanju bolezni*.
11. Bolnik ob ponovnem sprejemu v bolnišnico dokumentacijo paliativne obravnave prinese s seboj in jo izroči na bolniškem oddelku, kamor je sprejet.
12. Dokumentacijo paliativne obravnave po zaključenem zdravljenju izbrani zdravnik posreduje lečečemu zdravniku v bolnišnico.

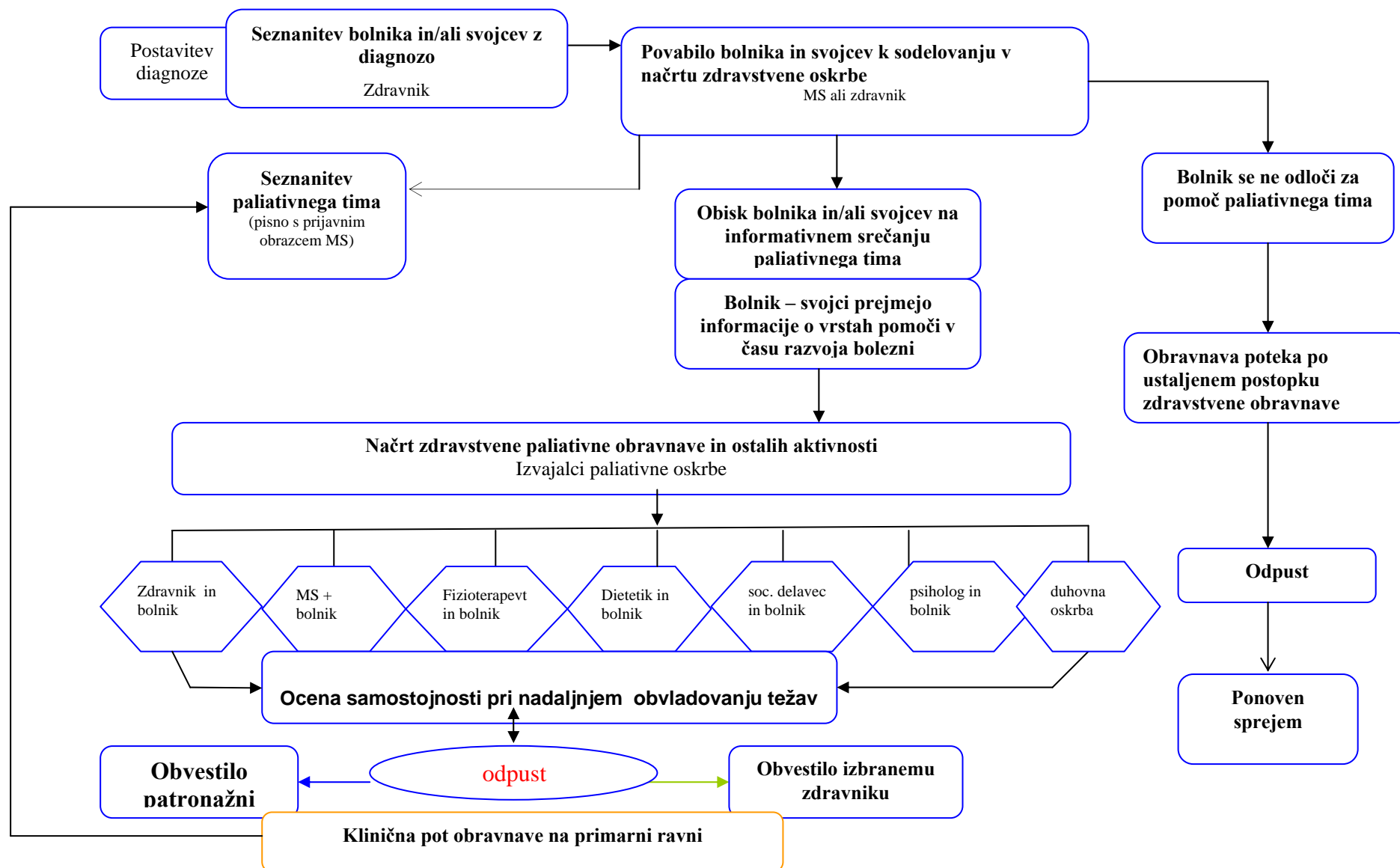
### Opis klinične poti – hospitalna raven 2

13. Če se bolnik ob prvi hospitalizaciji ni odločil za sodelovanje paliativnega tima, mu to ponovno ponudimo ob naslednji hospitalizaciji.
14. Če je bil bolnik že obravnavan v paliativnem timu in želi to obravnavo prekiniti, to zabeležimo v dokumentacijo paliativnega tima (razlog te prekinitve).

15. Če bolnik in/ali svojci izrazijo željo po katerikoli dodatni vrsti podpore, ki jo nudi paliativni tim, se o tem obvesti pristojnega član paliativnega tima, ki je zadolžen za želeno vrsto podpore.



## KLINIČNA POT PALIATIVNE OSKRBE BOLNIKA Z DIAGNOZO DROBNOCELIČNI PLJUČNI RAK



**KLINIČNA POT OBRAVNAVE BOLNIKA Z DIAGNOZO DROBNOCELIČNI PLJUČNI RAK NA PRIMARNI RAVNI**